

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1904-1905 — N° 23.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE

L'ÉPITHÉLIOMA SÉBACÉ
DU PÉNIS

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 29 novembre 1904

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Jean-Joseph DUCOS

ÉLÈVE A L'ÉCOLE DU SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE

Né à Mont-de-Marsan (Landes), le 27 mars 1880.



LYON, IMPRIMERIE R. SCHNEIDER

Quai de l'Hôpital, 9.

1904

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DE
L'ÉPITHELIOMA SÉBACÉ
DU PÉNIS

DU



Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1904-1905. — N° 23.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DE
L'ÉPITHÉLIOMA SÉBACÉ
DU PÉNIS

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 29 novembre 1904

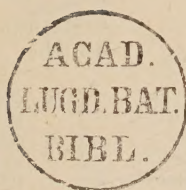
POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Jean-Joseph DUCOS

ÉLÈVE A L'ÉCOLE DU SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE

Né à Mont-de-Marsan (Landes), le 27 mars 1880.



LYON, IMPRIMERIE R. SCHNEIDER

Quai de l'Hôpital, 9.

1904

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. LORTET DOYEN.
HUGOUNENQ ASSESSEUR.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. PAULET, CHAUVÉAU.

PROFESSEURS

Cliniques médicales	{	MM. LÉPINE.
Cliniques chirurgicales.		BONDET.
Clinique obstétricale et Accouchements.		BARD.
Clinique ophtalmologique		PONCET.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.		JABOULAY.
Clinique des maladies mentales		FABRE.
Clinique des maladies des enfants		X...
Physique médicale.		AUGAGNEUR.
Chimie médicale et pharmaceutique.		PIERRET.
Chimie organique et Toxicologie.		WEILL.
Matière médicale et Botanique.		MONOYER.
Parasitologie		HUGOUNENQ.
Anatomie.		CAZENEUVE.
Anatomie générale et Histologie.		BEAUVISAGE.
Physiologie.		LORTET.
Pathologie interne.		TESTUT.
Pathologie externe.		RENAUT.
Pathologie et Thérapeutique générales.		MORAT.
Anatomie pathologique.		TEISSIER.
Médecine opératoire.		X...
Médecine expérimentale et comparée.		MAYET.
Médecine légale.		TRIPIER.
Hygiène.		POLLOSSON (M.).
Thérapeutique.		ARLOING.
Pharmacologie		LACASSAGNE.
		COURMONT (J.).
		SOULIER.
		FLORENCE.

PROFESSEUR ADJOINT

Physiologie, cours complémentaire. M. DOYON.

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Clinique des maladies des femmes.	MM. POLLOSSON (A.), agrégé.
Maladies des voies urinaires.	CHANDELUX, —
Maladies des oreilles, du nez et du larynx	LANNOIS, —
Propédeutique médicale.	ROQUE, —
Propédeutique chirurgicale.	BÉRARD, —
Propédeutique de gynécologie.	CONDAMIN, —
Anatomie pathologique.	DEVIC, —
Hygiène administrative.	ROUX, —
Thérapeutique générale.	COLLET, —
Accouchements.	COMMANDEUR, —
Matière médicale.	MOREAU, —
Embryologie.	REGAUD, —
Anatomie topographique.	ANCEL, —

AGRÉGÉS

MM. BARRAL.	MM. BORDIER.	MM. REGAUD.	MM. GAYET.
PIC.	COURMONT (P.)	CAUSSE.	MOREL.
PAVIOT.	CHATIN.	ANCEL.	NEVEU-LEMAIRE.
NOVE-JOSSERAND.	VILLARD.	CHARVET.	NICOLAS.
BÉRARD.	TIXIER.	COMMANDEUR.	PATEL.
SAMBUC.			

M. BAYLE, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. PONCET, *Président*; BÉRARD, *Assesseur*;
MM. VILLARD et PATEL, *Agrégés*.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MES MAÎTRES

A mon Président de Thèse

Monsieur le Professeur PONCET

PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE

MEMBRE CORRESPONDANT DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

A M. le Docteur L. DOR

CHEF DU LABORATOIRE DE M. LE PROFESSEUR PONCET

INTRODUCTION

Durant notre dernière année d'études, nous avons plus particulièrement suivi les leçons de M. le professeur Poncet, et c'est dans son service que nous avons observé le cas d'épithélioma sébacé du pénis, qui va faire aujourd'hui le sujet de notre thèse.

Nous n'avons pas trouvé de cas analogue publié dans la science et nous n'avons donc pu enregistrer qu'une observation inédite. Nous avons cru néanmoins qu'il nous était possible d'étudier l'évolution de l'affection qui nous occupe et nous nous sommes reporté pour cela aux autres cas d'épithélioma sébacé observés sur d'autres régions, dans le service de M. Poncet. Nous y avons retrouvé la même évolution clinique et la même structure histologique.

Notre premier chapitre est consacré à l'historique de la question ; nous montrons comment l'on est arrivé progressivement à la notion d'épithélioma sébacé et comment il nous faut arriver à la doctrine de M. le professeur Bard sur la spécificité cellulaire, pour qu'on puisse songer à trouver des tumeurs malignes à dégénérescence exclusivement sébacée. Dans les autres chapitres, nous montrons ensuite comment notre cas doit être rangé dans la classe des épithéliomas sébacés.

Dans le second chapitre, nous cherchons à étudier l'étiologie de la tumeur qui nous occupe.

Dans le troisième, nous en étudions les symptômes; dans le quatrième, l'anatomie pathologique, et enfin, dans le cinquième, nous envisageons le pronostic et le traitement.

Mais avant d'entrer dans notre sujet, nous tenons à remercier nos maîtres de Bordeaux et de Lyon, qui furent bienveillants à notre égard.

M. le professeur Poncet nous a donné le premier l'idée de ce travail et il nous fait aujourd'hui le grand honneur de présider notre thèse. Qu'il nous soit permis de lui adresser l'expression de notre reconnaissance.

M. le docteur L. Dor nous a toujours accueilli avec une bienveillance que nous n'oublierons pas; c'est grâce à ses bons conseils que nous avons pu mener ce travail à bonne fin. Qu'il veuille bien croire à notre profonde gratitude.

Merci enfin à ceux de mes amis qui furent plus particulièrement de vrais amis durant ces trois années d'école; ils peuvent être assurés de notre sincère affection.

CHAPITRE PREMIER

HISTORIQUE

Avant de nous occuper de l'épithélioma sébacé de la verge il nous a paru bon de résumer en quelques mots l'historique des tumeurs sébacées en général pour montrer combien leur conception est restée longtemps dans le vague. Nous arriverons ainsi à établir ce que doit être un épithélioma sébacé en général et nous pourrons montrer que l'épithélioma de la verge que nous avons observé doit bien se ranger dans les tumeurs à dégénérescence sébacée.

Jusqu'à la théorie célèbre de M. le professeur Bard sur la spécificité cellulaire, nous voyons que les auteurs n'ont guère compris qu'il puisse y avoir des tumeurs malignes sébacées. Néanmoins sous des noms différents ils ont décrit des tumeurs qui avaient certainement un air de ressemblance avec celles qui nous occupent aujourd'hui.

Billroth, sous le nom de cylindrome décrit des tumeurs de la peau, caractérisées par un stroma conjonctif fibreux avec transformations hyalines, par des amas cellulaires de formes variées, avec au centre de ces amas des productions tantôt complètement hyali-

nes, tantôt très finement granuleuses... Bien des interprétations ont été émises à ce sujet et sous la rubrique « cylindrome » on a décrit des tumeurs de type pourtant bien différent, n'ayant de commun que le mode d'agencement et d'édification de leurs éléments constitutants; néanmoins bien des épithéliomas sébacés ont été décrits sous ce nom et c'est pour cela que M. le professeur Poncet fait remarquer dans la *Revue de Chirurgie* de 1890 que dans les tumeurs sébacées observées par lui on retrouvait les caractères des tumeurs épithéliales désignées, depuis Billroth, sous le nom de cylindromes.

En 1855, Verneuil dans un mémoire sur les tumeurs de la peau, étudie l'hypertrophie des glandes sudoripares et constate que dans certains cas « il vient s'y joindre une production exubérante d'épiderme cutané, qui infiltre les éléments sécréteurs ou se mélange à eux et aux tissus voisins ». Il désigne cette hypertrophie sous le nom d'hypertrophie épithéliale et indique en terminant que les mêmes faits ont été observés avec les glandes sébacées.

Dans l'article « adénome » du *Dictionnaire encyclopédique*, Broca reconnaît que certaines tumeurs de la peau consistant en un amas de glandes sébacées ou sudoripares hypertrophiées peuvent amener la formation d'un épithélioma, surtout si elles sont soumises à des irritations mécaniques.

Dans sa thèse, Blayac en 1876 trouve que toutes les régions riches en glandes sébacées : nuque, joue, verge, scrotum..., présentent souvent des épithéliomas, mais il ne se prononce pas. Ces parties, dit-il, sont souvent

affectées de tumeurs épithéliales, mais le défaut d'une observation de la tumeur au début ne permet pas encore de connaître la part que les glandes sébacées peuvent prendre dans le développement de la tumeur.

En 1882, Malherbe et Chenantais, en s'occupant des tumeurs calcifiées de la peau, montrent que ces « tumeurs ont leur point de départ dans les glandes sébacées, et que, par leur mode de développement et leur structure, elles rentrent dans le genre épithélioma, dont elles s'écartent cependant par leur bénignité relative ». Ce sont les tumeurs auxquelles on a donné le nom d'épithéliomas calcifiés.

En somme, rien de précis dans la science au sujet des épithéliomas sébacés ; la théorie de la « spécificité cellulaire », en remettant les choses au point, a permis de donner, à chaque tumeur, un type parfaitement défini, en montrant que la classification des tumeurs épithéliales devait prendre pour base l'origine et par suite la structure de leurs cellules fondamentales. Il devait donc y avoir des épithéliomas sébacés au même titre que des épithéliomas du type malpighien ordinaire. Il suffisait pour cela que le point de départ fût dans une cellule sébacée.

Fixés désormais sur la nature et l'évolution histologique des tumeurs sébacées, il fallait appliquer ces données à la clinique, savoir porter un diagnostic d'épithélioma sébacé primitif, et en décrire l'allure et les symptômes. C'est un des mérites de M. le professeur Poncet d'avoir su coordonner les données cliniques et les renseignements fournis par l'anatomie

pathologique, pour analyser le type spécial de l'épithélioma sébacé et en envisager le pronostic.

C'est en effet dans son service que nous relatons tous les cas types d'épithéliomas sébacés publiés jusqu'à ce jour, et il suffit de lire l'article de la *Revue de Chirurgie* de 1890 rédigé par M. Poncet pour voir que toutes les régions riches en glandes sébacées et en première ligne la verge et le scrotum, puis le cuir chevelu, le dos, la joue, etc..., peuvent être atteints d'épithéliomas évoluant plus ou moins vite suivant leur degré de malignité.

En 1893, Poret recueille plusieurs observations de dégénérescence épithéliomateuse du cuir chevelu et montre comment un épithélioma peut se former aux dépens des éléments d'une loupe dégénérée.

En 1895, M. le professeur agrégé Bérard fait paraître un article dans la *Revue de Chirurgie* sur deux nouveaux cas d'épithéliomas sébacés du cuir chevelu, et, à ce propos, il rémémore le premier cas publié par M. Poncet : l'homme aux tumeurs confluentes du cuir chevelu. Le second cas était une énorme tumeur du cuir chevelu dont l'allure plus maligne permit de dresser une échelle de malignité de ces tumeurs. Il s'agissait d'une femme de 57 ans, affectée depuis plusieurs années de kystes sébacés du cuir chevelu. Quelques-uns s'étaient ouverts et avaient laissé des cicatrices visibles, mais un autre avait évolué dans un autre sens et s'était transformé à la longue en une énorme tumeur d'aspect épithéliomateux, faisant faux chignon sur la partie postérieure du cuir chevelu. L'ablation faite par M. Poncet n'avait présenté d'autres particularités

qu'une hémorragie assez abondante. La tumeur tenait fort peu aux parties profondes et les os du crâne n'étaient nullement intéressés. Les suites opératoires avaient été très simples et l'examen histologique montra nettement à M. le docteur L. Dor qu'il s'agissait d'épithélioma sébacé.

A la société des Sciences médicales de Lyon, en janvier 1896, deux nouveaux cas sont présentés, recueillis toujours dans le service de M. Poncet. Dans le premier cas, présenté par M. Rafin, interne des hôpitaux, il s'agissait d'un homme porteur depuis de longues années de tumeurs sébacées sur le cuir chevelu, le dos, le sternum, la face externe de l'avant-bras gauche et la région inguinale droite. La peau recouvrant ces productions était de couleur rosée et adhérente aux tumeurs. Il s'agissait de polyadénomes sébacés peu malins.

Le second cas est présenté par M. Delore. Il s'agissait d'une malade de 50 ans qui avait sur la fesse droite une tumeur volumineuse, faisant saillie de 7 centimètres sur les tissus sains, mesurant 51 centimètres dans sa plus grande circonférence et envoyant des prolongements dans les régions voisines. Cette tumeur avait évolué lentement ; parsemée de saillies et de dépressions ulcérées, elle avait un aspect analogue à des circonvolutions cérébrales et exhalait une odeur infecte rappelant celle de la graisse rancie, odeur caractéristique de toutes les dégénérescences épithéliomateuses sébacées. Le souvenir des cas observés déjà dans le service permit de poser le diagnostic d'épithélioma sébacé primitif et l'examen histologique confirma le diagnostic.

Néanmoins, il n'était toujours pas question d'épithélioma sébacé de la verge... On savait désormais comment devait se comporter cette affection mais on n'en avait pas publié de cas.

Nous ne saurions donc faire un historique de l'épithélioma de la verge en général. Tel n'est pas notre sujet. Bien des travaux ont été faits à ce sujet, mais, pour avoir une description complète, il faut arriver à la discussion de la Société de chirurgie (1864), à la thèse Jullien (Paris 1873) et au traité remarquable de Demarquay sur les maladies du pénis (1877). Dans les thèses de Virely (Paris 1896) et de Métreau (Bordeaux 1899) il n'est toujours pas question d'épithélioma sébacé. Néanmoins ils rapportent une publication, à la Société anatomique, de Verneuil (1857) au sujet d'un épithélioma de la verge dont l'examen histologique avait montré que la tumeur s'était développée aux dépens des glandes cutanées du prépuce. Il ajoutait qu'un seul cas semblable existait à sa connaissance, dû à Lebert. S'agissait-il alors d'épithélioma sébacé ? Certainement oui, mais Verneuil ne le dit pas.

Serra, dans sa thèse toute récente, rapporte le cas communiqué par MM. Fournier et Darier à la Société de dermatologie et de syphiligraphie (séance du 18 mai 1893), sur une variété particulière d'épithélioma de la verge qu'en raison des caractères histologiques ils avaient dénommé épithélioma papillaire ; l'allure bénigne de la tumeur et le mode particulier d'évolution leur fit ensuite donner le nom d'épithélioma bénin syphiloïde. La lésion essentielle consistait en une hypertrophie considérable des bourgeons interpapil-

lares formant de grosses masses globuleuses; à leur intérieur, les cellules étaient plus petites que normalement et disposées sans ordre. Au centre elles étaient dégénérées. Enfin, la kératinisation normale n'avait plus lieu au niveau de la région. S'agissait-il encore d'épithélioma sébacé? Peut-être; en tous cas ces auteurs ne le spécifient pas.

Dans son article sur les tumeurs épithéliales paru sur les *Archives de Physiologie*, M. Bard décrit ce que doit être un épithélioma sébacé en général et dit qu'ils sont surtout fréquents à la verge. Il en a observé plusieurs cas que malheureusement il ne cite pas. Les cas observés par M. le professeur Poncet, ont permis depuis de poser le diagnostic d'épithélioma sébacé primitif, toujours reconnaissable aussi bien pour la verge que pour les autres régions, où l'on est susceptible de les rencontrer, à une allure clinique que nous allons maintenant essayer de déterminer.

CHAPITRE II

ÉTIOLOGIE

Comme étiologie, l'épithélioma sébacé de la verge résulte en général des mêmes causes que l'épithélioma pavimenteux ordinaire ; néanmoins, comme il y a toujours un point de départ déterminé, le gland ou le prépuce, c'est seulement à ce niveau qu'il faut rechercher la cause qui a pu l'engendrer. Cette cause est souvent bien aléatoire car peut-on dire que l'on connaît l'étiologie du cancer ! On fait des probabilités, voilà tout.

De l'âge, nous ne dirons pas grand'chose. Notre malade était jeune encore, 44 ans. Il faudrait que nous ayons observé plusieurs cas pour pouvoir en tirer une conclusion ; nous croyons d'ailleurs que ça serait variable, car les statistiques des épithéliomas ordinaires montrent qu'il n'y a rien de fixe à ce sujet et que l'on voit bien des écarts, bien que l'on admette en général pourceux que le maximum de fréquence soit réalisé entre 40 et 70 ans.

Nous croirions plutôt à l'influence de l'état social du malade. Il est certain que toutes les classes pauvres celles où le malade, par défaut d'éducation ou par négligence, délaisse les soins de propreté les plus élémen-

taires, doivent payer à cette affection un plus large tribut que les classes aisées où l'on a en général souci d'une bonne hygiène corporelle.

Toutes les causes d'irritation de la muqueuse doivent être invoquées. D'abord, nous l'avons dit, le manque d'hygiène et de propreté, dont le défaut permet l'accumulation des produits sébacés dans le sillon balano-préputial et par suite leur fermentation.

Le phimosis congénital ou acquis devra être ensuite incriminé : Roux disait qu'il n'avait jamais vu d'épithélioma sans phimosis préexistant. Son dire est certainement exagéré ; néanmoins, c'est là il nous semble la disposition la plus favorable pour permettre aux concrétions sébacées de s'accumuler ; qu'il y ait avec cela de la stagnation de quelques gouttes d'urine, et nous aurons facilement de l'inflammation pour peu que la muqueuse s'ulcère. Les glandes sébacées si nombreuses à cet endroit peuvent bien vite s'enflammer sous cette cause d'irritation, et, que de cet état découle l'évolution d'une tumeur sébacée à dégénérescence maligne, rien de bien extraordinaire, bien que nous n'ayons pas le moins du monde la prétention d'expliquer par ce mécanisme l'étiologie de l'épithélioma qui nous occupe. Nous croyons simplement que toutes les causes d'irritation favorisent sa formation.

Dupuytren cite bien un malade porteur d'un cancroïde du pénis et qui avait été victime d'une singulière pratique : c'est aux vingt appositions successives, sur le prépuce, d'un cadenas qu'une maîtresse jalouse avait fait subir à ce malade, que Dupuytren attribua la dégénérescence de l'organe.

D'autres auteurs ont invoqué comme causes de l'épithélioma, la déchirure du prépuce, la balanite, la syphilis et même la contagion... Peut-être toutes ces causes agissent-elles par les ulcérations qu'elles peuvent produire et elles rentrent alors dans le cas des causes d'irritation ordinaires ; c'est du moins notre avis.

En tous cas, nous ne saurions longuement insister sur ce sujet, croyant que tout ce qu'on a pu dire de l'étiologie de l'épithélioma malpighien ordinaire peut s'appliquer à celle de l'épithélioma sébacé.

CHAPITRE III

SYMPTOMATOLOGIE

L'épithélioma de la verge débute en deux points différents, ou bien sur le gland et la muqueuse du prépuce, ou bien sur la peau du pénis. Demarquay, dans son livre des *Maladies du Pénis*, a rassemblé 112 observations de cancroïde de la verge et sur le nombre il a pu en localiser 84 fois exactement le siège. Le prépuce et le gland avaient été envahis 24 fois; 17 fois la tumeur siégeait à toute l'épaisseur de la verge, 12 fois au gland seul; les autres cas siégeaient sur la peau et sur les corps caverneux. Il ne trouva l'urèthre atteint que deux fois. Les autres statistiques qu'on a dressées à ce sujet sont d'accord avec celle de Demarquay et prouvent bien que les parties les plus atteintes sont le gland et le prépuce.

Serra, dans sa thèse, écrit à ce sujet que : « Lorsque
« l'épithélioma prend naissance dans le sillon qui con-
« tourne la base du gland, il est d'ordinaire d'origine
« sébacée, tandis que s'il débute du côté de la peau, il
« est plutôt pavimenteux. » C'est là, en effet, la règle, car, il est tout naturel que l'épithélioma sébacé se développe dans le sillon balano-préputial, puisque c'est là qu'abondent les productions sébacées. Pourtant, per-

sonne n'en a décrit sous ce nom. Nous chercherons à en comprendre la raison dans notre chapitre sur l'anatomie pathologique de la tumeur. Nous ne saurions ici nous occuper de la symptomatologie de l'épithélioma pavimenteux ordinaire; c'est une question qui a été longuement étudiée; il évolue beaucoup plus vite que l'épithélioma sébacé; il envahit les ganglions beaucoup plus rapidement et récidive souvent.

L'épithélioma sébacé, au contraire, a une allure clinique spéciale qui le fera toujours reconnaître. Son point de départ est constant. C'est, nous l'avons dit, sur le gland ou la muqueuse du prépuce qu'il débute toujours et nous avons dit à ce sujet, au chapitre de l'étiologie, que toutes les causes capables de favoriser la stagnation des matières sébacées, éliminées par les glandes, dans le sillon balano-préputial aidaient beaucoup à sa formation. Il est certain que lorsque la tumeur a pris un énorme développement, il devient difficile d'en préciser le point de départ.

Pour la tumeur qu'il nous a été donné de voir, il n'y avait pas de doute possible. Le malade était bien affirmatif; il avait bien pu s'observer et, dans son histoire, il nous a bien précisé que, tout au début, entre le prépuce et le gland, il avait senti apparaître une petite boule, dure, indolore, sur laquelle la peau du prépuce semblait normale. Un phimosis congénital très serré ne lui avait pas permis d'observer, à ce moment-là, l'état de la muqueuse à ce niveau. Puis, la boule avait grossi et bientôt apparaissait sur le prépuce un bouton verruqueux, à surface écailleuse, de couleur un peu plus jaunâtre que la verge, de la dimension d'un gros

pois, et à contours nettement cycliques. Dès lors, la tumeur avait évolué et avait mis quinze mois pour atteindre le volume qu'elle avait au moment de l'extirpation. Tous ces détails sont rapportés plus longuement dans l'observation du malade.

C'est toujours ainsi que se fait l'évolution de l'épithélioma qui débute par le prépuce. Sitôt que le noyau d'induration entre le gland et le prépuce a apparu, on voit le prépuce s'infiltrer rapidement dans sa totalité, s'épaissir et revêtir la consistance du carton. S'il est encore possible de le ramener en arrière, il se rabat tout d'une pièce, comme un volet; mais nous l'avons vu, il y a presque toujours un phimosis congénital qui empêche de le rabattre. Alors même qu'il n'y aurait pas de phimosis congénital, on se trouverait tout de même dans les mêmes conditions au bout de quelques jours d'évolution de l'épithélioma, car sitôt que les lésions sont plus accusées, il se forme, sous l'influence de l'inflammation qui accompagne toujours la formation des verrucosités, un véritable phimosis cancéreux qui hâtera l'évolution du cancer en permettant aux substances sébacées de s'accumuler. Comment faire le diagnostic à ce moment-là, quand un phimosis congénital a toujours empêché de rabattre le prépuce? La lésion pourrait échapper à l'exploration directe mais presque tout au début, elle se révèle par des signes de balano-posthite avec écoulement sanieux; puis, très rapidement, l'organe augmente de volume et présente une déformation bien significative: la verge a l'aspect d'une massue ou d'un battant de cloche; elle est comme boursouflée du côté de la lésion.

* Lorsque la tumeur apparaît au dehors et qu'elle a vaincu la résistance que lui opposait le phimosis, elle apparaît d'abord sous la forme d'un bouton verruqueux, qui rougit et s'ulcère. On voit alors sur lui se développer des bosselures qui s'érodent à leur tour, en laissant suinter un ichor, caractéristique, mélangé de pus, de déchets sébacés et de concrétions épidermiques, ichor dont l'odeur est celle de la graisse rancie, cette odeur fade que nous avons déjà signalée dans toutes les dégénérescences sébacées. Les bosselures, développées sur le bouton verruqueux, continuent de grossir en s'érodant à leur surface et bientôt l'on a de véritables végétations à base large, qui se couvrent de matière sanieuse à mesure qu'elles s'ulcèrent. On a enfin un vaste ulcère cancéreux bourgeonnant, dont le fond n'est pas spongieux mais dense, et qui gagne beaucoup plus vite en surface qu'en profondeur. Tout autour, la peau présente un aspect tuméfié rougeâtre; elle est plus épaissie qu'à l'état normal et elle forme elle aussi des saillies irrégulières de couleur d'autant plus pourprée qu'on se rapproche davantage de l'ulcère.

En gagnant de proche en proche, les végétations finissent par entourer la verge comme d'une bague, qui désormais n'a plus qu'à s'étendre pour atteindre l'organe dans son entier. Néanmoins, elle n'évolue pas des deux côtés avec la même intensité; en arrière, elle gagne très vite et il a suffi de dix mois pour que la verge fût envahie dans presque toute sa totalité, jusqu'à l'union du quart postérieur avec les trois quarts antérieurs. En même temps, la tumeur grossissait très vite pour atteindre le volume d'une grosse orange. En

avant, au contraire, elle évoluait très peu. Le gland a toujours été respecté et le malade nous raconte que du jour où la tumeur a présenté la forme d'une bague de deux centimètres de largeur jusqu'au jour de son entrée à l'hôpital, les végétations n'ont pas gagné à la partie antérieure et que la muqueuse du gland a toujours été saine. C'est là, en effet, un des caractères de l'épithélioma sébacé de respecter le gland et sur bien des observations enregistrées sous la rubrique « d'épithéliomas pavimenteux », nous avons retrouvé cette intégrité du gland.

La tumeur ne se contente pas de gagner en surface; elle gagne aussi en profondeur et, à mesure qu'elle grossit, il se forme de nouvelles ulcérations larges et bourgeonnantes, qui saignent au moindre contact. Les ulcérations provoquent des démangeaisons intolérables qui obligent le malade à se gratter et, par suite, à augmenter la fréquence des hémorragies. Pour notre malade, les démangeaisons étaient si vives que, même pendant la nuit, il se grattait sans toutefois se réveiller, et le matin, au réveil, il constatait souvent de larges effusions sanguines mêlées aux tâches formées par l'écoulement sanieux qui suintait continuellement au niveau des ulcères. Cette sécrétion fétide doit faire faire le diagnostic d'épithélioma sébacé. Elle ne se retrouve, en effet, que dans les dégénérescences sébacées et l'observation que rapporte Fabrice de Hilden et racontée par Demarquay, nous donne une idée du degré que peut atteindre la fétidité de cette sécrétion. Il s'agissait d'un paysan de 80 ans qui, depuis son enfance, portait sur le gland une verrue dont le volume

dépassait à peine celui d'une lentille ; il n'en ressentit aucune douleur tant qu'il vécut dans le célibat ; mais, s'étant marié, il y éprouva une douleur considérable et continuelle et, par suite du frottement qu'il exerçait pendant le coït, la verrue finit par s'ulcérer et dégénérer en un horrible cancer dont le volume était si considérable qu'il égalait la tête d'un enfant nouveau-né. Toute la verge se transforma en une masse charnue, inégale et livide, rougie de tous côtés par une grande quantité d'ulcères présentant des orifices fistuleux qui donnaient issue à l'urine. La puanteur était si horrible que ses amis, ses parents même, cessèrent de le voir ; les médecins qui l'avaient soigné l'abandonnèrent aussi, après avoir épuisé les ressources de la thérapeutique. Fabrice de Hilden lui fit l'amputation de la verge ; ce malade recouvra la santé et survécut dix ans à son opération. Il s'agissait ici certainement d'épithélioma sébacé, de par la lenteur de l'évolution et de la non-récidive de l'affection.

Quand la tumeur atteint un volume énorme et que tout l'organe est pris, il se produit de la compression de l'urèthre et l'on constate alors une gêne plus ou moins marquée dans l'émission de l'urine. C'est une gêne purement mécanique ; il n'y a pas de lésion anatomique de la muqueuse, car l'invasion de l'urèthre est très rare ; en tout cas, elle succède à l'invasion des corps caverneux qui se fait déjà très tardivement. Si la compression exercée par la tumeur est encore plus prononcée, à la gêne succède l'impossibilité absolue d'uriner et il se forme alors, en amont de l'obstacle, des pertuis qui laissent couler l'urine goutte à

goutte, augmentant encore ainsi la fétidité de la sécrétion.

Ce signe est inconstant ou, en tout cas, il se produit tardivement et lorsque la tumeur a pris déjà un développement excessif. Pour notre malade, cet accident s'était produit tout à la fin, un mois avant son entrée à l'hôpital. Il s'était ainsi créé quelques trajets fistuleux aboutissant bien entendu à la partie inférieure de la tumeur.

Les ganglions de l'aîne sont envahis en général comme dans l'épithélioma pavimenteux, mais cet envahissement se fait beaucoup plus lentement et bien plus tardivement, ce qui est bien une preuve de la béginité relative de la tumeur. Néanmoins, nous verrons au chapitre consacré à l'anatomie pathologique qu'il est des cas plus malins les uns que les autres. Ce sont ceux où la perturbation des éléments cellulaires rappelle plus complètement l'état embryonnaire et où le sébum plus jeune est par suite plus nocif. Ce sont les rares cas où il pourra y avoir des récidives; en tout cas, on constate alors l'invasion rapide des ganglions qui peuvent même bourgeonner à leur tour en donnant naissance à de nouvelles végétations cancéreuses analogues à celles de la tumeur primitive.

Un autre caractère de la tumeur est sa lente évolution. Il a fallu dix-huit mois à notre malade pour que nous arrivions au volume observé. Un cancer ordinaire évolue plus vite et se traduit par une allure plus maligne qui aboutit très vite à l'état cachectique. Ici, l'état reste bon et ce n'est que très longtemps après le début qu'il faut compter voir la santé de l'individu s'al-

térer. L'organisme s'accommode bien mieux, en effet, d'une dégénérescence sébacée que d'une dégénérescence cornée, les produits kératinisés étant beaucoup plus toxiques. Néanmoins, il y a des degrés de malignité avec lesquels il faut compter et c'est sur eux qu'il faut se baser pour établir un pronostic.

Pour mieux confirmer les symptômes que nous venons de décrire, il nous a semblé bon de placer ici le compte rendu complet de notre observation et nous aborderons ensuite l'étude de l'anatomie pathologique de la tumeur qui nous occupe.

CHAPITRE IV

OBSERVATION

Prise dans le service de M. le professeur Poncet.

Enorme épithélioma sébacé du pénis (en chou-fleur).

Amputation de la verge et ablation des ganglions.

Au mois de juin dernier rentrait dans le service de M. le professeur Poncet un homme atteint d'une énorme tumeur de la verge.

Le malade P. C..., charpentier à Amplepuis, est âgé de 44 ans. Rien à noter dans ses antécédents. Père âgé de 75 ans bien portant, mère de 76 ans également en bonne santé.

Personnellement, il a toujours eu une santé parfaite. Il est marié et a deux enfants bien portants. Il n'a jamais eu de maladies vénériennes et n'a reçu sur la région aucun traumatisme digne d'attirer l'attention.

Il y a environ quinze mois, raconte-t-il, il s'aperçut qu'il était porteur sur la face interne du prépuce d'une petite grosseur qui n'avait encore pas passé au travers de la muqueuse, parfaitement saine à cet endroit, mais qu'il sentait très bien dans le repli balano-préputial, entre le gland et le prépuce. Il en évaluait le volume à un petit pois. Bientôt cette grosseur pointa sur la muqueuse préputiale et l'ulcéra en quelques jours, car le malade éprouva alors à cet endroit de vives démangeaisons.

Malheureusement, il était porteur d'un phimosis congé-

nital assez serré qui l'empêcha d'examiner la région. Il ne put donc se rendre compte à ce moment de l'aspect de la lésion. Pensant qu'elle passerait d'elle-même, il ne s'en inquiéta pas et en effet la tumeur resta stationnaire pendant quelque temps, mais bientôt elle se mit à grossir d'une façon très régulière en gagnant la partie antérieure du prépuce, si bien qu'au bout de deux mois il vit apparaître une tumeur papillomateuse, dure et indolente, qui en soulevant le prépuce donnait à la verge un aspect caractéristique, une déformation en battant de cloche. La tumeur ne saignait pas et avait un contour nettement cyclique; bientôt, gagnant de proche en proche, elle arriva à entourer le gland en envahissant le prépuce de telle sorte que l'extrémité antérieure de la verge était cerclée dans une véritable bague d'une largeur de deux centimètres.

Ainsi il avait fallu, trois mois pour que la totalité du prépuce soit détruit. Peu à peu le mal s'étendit encore mais exclusivement du côté de la racine de la verge; le gland au contraire a toujours été respecté. Il y a trois mois, la tumeur commença de prendre une odeur infecte et un liquide ichoreux, fétide, se mit à suinter, d'une façon continue, tout le long des bourgeonnements. L'état général du malade restait bon. Voyant que la tumeur gagnait toujours il se décida enfin à voir un médecin qui le dirigea aussitôt sur le service de M. le professeur Poncet.

Etat actuel. — A l'entrée, on trouve une énorme tumeur de l'extrémité antérieure de la verge qui est normale dans son quart postérieur. Le gland de couleur normale paraît sain; il est entouré d'un énorme chou-fleur lui faisant comme une collerette de cinq à six centimètres de haut et allant du repli balano-préputial à l'union des trois quarts antérieurs et du quart postérieur de la verge. Le volume total de la tumeur est celui d'une grosse orange; la surface saignante excoriée, est recouverte d'exsudats purulents et de taches noirâtres de sang desséché. Sur les érosions nombreuses qui tapissent presque complètement la tumeur en



formant de véritables ulcères, à bords durs, taillés à pic, couverts de pus et de fausses membranes, s'écoule un liquide ichoreux, d'un fétidité extrême.

Le malade éprouve au niveau de ces ulcères des démangeaisons intolérables, des douleurs lancinantes qui l'obligent à se gratter même la nuit et qui sont ainsi cause d'hémorragies fréquentes.

Le fourreau de la verge est induré en masse et l'on sent des trainées indurées et des noyaux qui remontent jusqu'à la racine de la verge. Les corps caverneux sont également indurés.

Dans les aines on note la présence de quelques ganglions indurés plus perceptibles à droite qu'à gauche.

La miction semble normale et ne provoque pas de douleurs. Néanmoins, le malade nous raconte que depuis plusieurs jours il éprouve une légère gêne en urinant et il nous dit qu'il s'est créé au travers de la tumeur quelques petites fissures par lesquelles l'urine s'échappe goutte à goutte. L'état général du malade est excellent et l'examen des autres organes ne donne rien à signaler.

Se basant sur la suppuration fétide, d'odeur caractéristique, sur la lente évolution de la maladie, sur le peu d'engorgement ganglionnaire et sur la persistance d'un bon état général, M. le professeur Poncet porte le diagnostic d'épithélioma sébacé primitif.

Opération. — Le 17 juin M. Thévenot opère le malade. On procède d'abord à l'ablation des ganglions inguinaux. On en trouve deux à droite du volume d'une petite cerise, un à gauche de volume moindre.

On place alors une sonde de Nélaton à la racine de la verge pour faire l'hémostase et l'on fait une amputation circulaire de l'organe à un centimètre au dessus de la tumeur dans un point qui paraît sain. Sur la tranche de section, les corps caverneux ont leurs caractères normaux ; il y a seulement de l'infiltration du tissu cellulaire sous-cutané. On pratique une suture hémostatique des corps caverneux et on

lie les quelques artères qui donnent du sang après qu'on a desserré la sonde de Nélaton. L'urèthre est incisé sur sa partie inférieure et est suturé à la peau. On place une sonde à demeure. Les suites opératoires sont très simples et le malade sort huit jours après du service, guéri de sa plaie opératoire. Au mois de novembre, c'est-à-dire quatre mois après, nous avons des nouvelles du malade qui est en excellente santé.

Examen macroscopique. — Tumeur irrégulière, de la dimension d'un poing à peu près, présentant l'aspect classique des tumeurs en chou-fleur. Elle mesure, dans sa grande circonférence, trente-trois centimètres et, dans sa petite circonférence, vingt-six centimètres. Elle offre à l'œil nu un aspect granuleux ; on dirait un véritable gâteau de riz. La surface de section présente un tissu gris-rosé, sur lequel tranchent des points opaques ou translucides et des tractus fibreux. En râclant cette surface de section avec le tranchant d'un scalpel, on obtient des grumeaux opaques qui ne se mélangent pas à l'eau. La consistance de la tumeur est très inégale, assez dense dans certains points, elle est plus friable dans d'autres et se laisse fragmenter assez facilement.

La verge est entourée comme d'une gangue ; le canal de l'urèthre, fendu dans toute son étendue, est libre ; sa muqueuse est saine, du moins macroscopiquement et le canal ne présente aucun rétrécissement ni aucun signe de dégénérescence néoplasique. Les corps caverneux, sains à leur partie médiane, paraissent envahis à leur périphérie. En résumé, il s'agit, autant qu'il est possible de s'en rendre compte à l'œil nu, d'une dégénérescence épithéliomateuse sébacée à point de départ muqueux.

Examen microscopique. — L'examen microscopique permet de confirmer le diagnostic. Une coupe pratiquée au niveau du chou-fleur nous montre des papilles excessivement développées, arborescentes, et, au premier coup d'œil, on croirait voir un papillome, vu la dimension des papilles. Mais, tout autour des papilles et entre elles, on ne tarde pas à voir

des éléments cellulaires à noyaux fortement colorés; ces éléments sont excessivement nombreux et rangés sans ordre au premier abord: mais, de loin en loin, ils se groupent pour former de véritables néoformations glandulaires où l'on reconnaît parfaitement la cellule sébacée. Au centre de ces formations, les éléments cellulaires ont fondu et ils sont remplacés par une substance amorphe, colorée en brun acajou par l'acide osmique: c'est du sébum; à côté de ces formations métatypiques, il en est d'autres où la dégénérescence est beaucoup plus avancée et où l'on ne trouve plus que du sébum mêlé à quelques débris épithéliaux, le tout noyé dans un tissu aréolaire où l'on trouve de gros amas de substance sébacée. En aucun point de la préparation on ne trouve de globes cornés. Le doute n'est donc plus possible. Il s'agit bien d'un épithélioma de par les éléments métatypiques et atypiques observés et, surtout, de par la désorientation des éléments jeunes; en plus, c'est bien un épithélioma sébacé puisque l'élément cellulaire trouvé dans la formation glandulaire métatypique est la cellule sébacée et que dans les néoformations on trouve du sébum en grande quantité.

• Une coupe pratiquée au *niveau des corps caverneux* montre qu'ils sont envahis dans leur partie périphérique. Il apparaît une infiltration de cellules jeunes noyant les faisceaux élastiques et musculaires, s'étendant en nappe au niveau des mailles du tissu caverneux, groupées en foyers en certains points avec dégénérescence sébacée au centre; ces amas cellulaires en dégénérescence correspondaient macroscopiquement à de petits îlots jaunâtres perdus au milieu du tissu ambiant. A mesure qu'on se rapproche de l'urèthre, l'infiltration cellulaire diminue et le corps caverneux reprend son aspect normal.

L'urèthre n'est pas touché. Néanmoins, en certains points, la muqueuse a disparu. La lumière du canal est déformée, ce qui s'explique bien par la compression qu'exerçait la tumeur à ce niveau.

Dans les ganglions inguinaux retirés dans l'opération, on retrouve cette même dégénérescence au centre des néoformations. Il s'agit, ici aussi, d'éléments jeunes sébacés, qui infiltrent le tissu ganglionnaire, analogues à ceux trouvés au niveau de la tumeur. Toujours pas de globes cornés.

Cette observation nous semble des plus concluantes et c'est bien à une forme d'épithélioma analogue aux épithéliomas sébacés observés par M. le professeur Poncet que nous avons affaire. Nous y retrouvons la même lenteur d'évolution et les mêmes symptômes cliniques. L'examen histologique nous a montré que le point de départ était la cellule sébacée: la dégénérescence des néoformations, la désorientation cellulaire et l'infiltration des ganglions nous traduisent bien la malignité de la tumeur et nous allons voir maintenant que c'est sur ces signes que nous avons pu confirmer le diagnostic d'épithélioma sébacé, posé déjà cliniquement.

CHAPITRE V

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Il faut nous demander maintenant comment nous avons pu conclure que l'épithélioma que nous avons observé est bien un épithélioma sébacé et chercher quels sont les caractères histologiques qui nous ont permis de confirmer les signes cliniques. Il nous a paru bon à ce sujet de montrer en quelques mots comment la doctrine de la spécificité cellulaire nous simplifiait la tâche et combien, grâce à elle, devenait simple la classification des tumeurs épithéliales. Il nous sera ensuite très facile de montrer que l'épithélioma sébacé de la verge a bien un type histologique spécial répondant aux signes cliniques que nous avons décrit.

Et d'abord qu'est-ce qu'un épithélioma ? Une tumeur épithéliale sans doute, mais par quelles séries de transformations passent les tissus pour faire d'un tissu normal un tissu de tumeur maligne ? Peut-on dire que dans l'édification d'une tumeur épithéliomateuse, nous avons toujours le même mode d'agencement des éléments, donnant un type parfaitement défini et toujours reconnaissable ? Assurément non. Si le cancer était toujours dû à un même microbe il n'y aurait pas de raison pour qu'il ne se comporte pas comme le fait la tuberculose.

Que fait en effet cette dernière quand elle arrive dans un organe ? Elle édifie du tissu de l'organe comme dans toutes les inflammations ; il y a prolifération cellulaire avec tendance à la formation d'un tissu de défense, cherchant à emprisonner la lésion et l'arrêter définitivement dans une barrière de sclérose. Si l'infection gagne par exemple un ganglion à la suite d'une contamination cutanée quelconque, on aura de la tuberculose ganglionnaire, c'est-à-dire que le ganglion réagira, qu'il se formera du tissu nouveau mais du tissu ganglionnaire qui subira plus tard l'évolution tuberculeuse, si l'organisme ne peut lutter avec succès contre l'infection. Une arthrite tuberculeuse gagne-t-elle par contiguïté une épiphyse osseuse : l'os fera du tissu osseux nouveau dans lequel évoluera la tuberculose osseuse. L'infection gagne-t-elle le poumon, on aura de la tuberculose pulmonaire. Bref, on ne retrouve jamais un caractère quelconque rappelant le premier organe lésé, le point de départ, la porte d'entrée du virus. Ce dernier crée partout des lésions analogues mais qui évolueront dans des tissus différents qui resteront toujours identiques à eux-mêmes.

Pour un épithélioma, retrouvons-nous ce mode de développement reproduisant les mêmes lésions quel que soit l'organe ? Non. De par la spécificité cellulaire nous savons aujourd'hui que le cancer n'est que la reproduction désordonnée d'un type cellulaire parfaitement défini et que, pour si désordonnée que soit cette reproduction, on y retrouve toujours l'élément primordial, la cellule de l'organe envahi. Il fallait donc retrancher de la nomenclature médicale ce terme défectueux

de cellules cancéreuses qui impliquait l'idée de cellules d'un caractère spécial, toujours analogue à lui-même. Désormais on dira : cellules jeunes retournant vers l'état embryonnaire, ce qui souvent les éloignera sans doute de la cellule typique de l'organe lésé, mais ce qui impliquera aussi que ces cellules, par leur mode d'agencement et par leur air de famille, rappellent la structure des éléments qui ont servi de point de départ à la tumeur.

Il n'y a donc pas que des tumeurs épithéliales et des tumeurs conjonctives ; chaque organe aura ses tumeurs épithéliales ou conjonctives et ces tumeurs rappelleront toujours le caractère et les attributs de l'organe. C'est ainsi que l'on retrouvera dans la tumeur toutes les sécrétions, tous les produits élaborés normalement par la cellule initiale, mais de même que les éléments de cette tumeur sont devenus désordonnés, de même ces sécrétions et ces produits élaborés se retrouveront dans un stade plus flou, moins nettement défini, le stade embryonnaire.

Chaque cellule en évoluant d'une façon désordonnée fera donc une tumeur qui lui sera spéciale et la tumeur une fois développée, les cellules constitutantes resteront étroitement fidèles à leurs propriétés ataviques, réalisant plus ou moins complètement, suivant le stade de développement qu'elles atteindront, les évolutions et les sécrétions normales des cellules dont elles descendent. C'est ainsi, par exemple, qu'elles donneront naissance à des globes cornés, à des formations sébacées, à des productions graisseuses ou à des kystes à contenu colloïde suivant qu'elles émanent de l'épiderme corné, de

l'épiderme sébacé, de l'épithélium mammaire ou du corps thyroïde. Il sera donc possible, de par les produits de sécrétion ou les concrétions élaborées de reconnaître la cellule initiale d'une tumeur. Tout le nœud de la question est là.

Mais revenons-en à la verge et appliquons ces données à l'épithélioma de cette région. Pourquoi les auteurs n'en ont-ils pas fait souvent un épithélioma sébacé?... Précisément, parce que fourvoyés par les cas où la kératinisation se produisait et où l'on trouvait des globes épidermiques cornés, ils ont cru que tous les épithéliomas de la verge étaient semblables et ils les ont tous décrits comme des épithéliomas pavimenteux lobulés du type malpighien ordinaire. Nous savons que l'épithélioma de la verge débute en deux points : soit la peau du pénis, soit le gland et le prépuce, et, d'après les statistiques établies, nous savons que c'est le second point de départ qui est le plus fréquent. Or, les auteurs s'accordent à reconnaître que la kératinisation, quand elle se produit, est peu abondante et l'est beaucoup moins en tous cas que lorsque l'épithélioma a débuté par la peau du pénis. Cela tient évidemment à ce que bien des épithéliomas à point de départ sébacé ont dû passer inaperçus.

Dans un épithélioma de la verge, que trouve-t-on, en effet, lorsqu'on a affaire à la variété qui a débuté par le prépuce? On peut trouver deux choses, ou bien une tumeur sébacée à évolution sébacée typique ou bien un épithélioma malpighien ordinaire, avec cette restriction toutefois : c'est que la kératinisation évoluera mal, tandis que nous trouverons des formations sébacées recon-

naissables à leur structure et surtout à leurs produits élaborés qui, seuls, permettent d'expliquer le degré de puanteur qu'on constate. Donc deux types d'épithéliomas sébacés de la verge, l'épithélioma sébacé vrai et l'épithélioma pavimenteux où la kératinisation tend à se remplacer par une dégénérescence sébacée.

Dans le premier groupe nous rangerons le cas que nous avons observé chez M. le professeur Poncet. Ce sont les cas qui débutent dans une glande sébacée; au début, ces glandes sont simplement hypertrophiées, elles fabriquent du sébum en quantité plus notable que normalement; plus tard, leur conduit excréteur se bouche et à leur centre s'accumulent les éléments dégénérés qui ne peuvent plus sortir spontanément. Ce produit de désintégration est ce produit jaunâtre, à odeur infecte, rappelant l'odeur de la graisse rancie. Ces glandes dégénérées se traduisent au dehors par des points jaunâtres et Serra en parle dans sa thèse, lorsqu'il dit : « Que l'épithélioma sébacé débute, dans le
« sillon qui contourne la base du gland, par une ou
« plusieurs nodosités, rappelant l'épithélioma pavimen-
« teux, mais s'en distinguant par l'apparition, à leur
« surface, de points blancs ou jaunâtres, d'où sortent
« par expression des produits épithéliaux venant des
« glandes dégénérées. » Malheureusement il ne donne pas d'exemple d'épithélioma sébacé.

Le deuxième type d'épithélioma sébacé débute sur une papille du derme, au voisinage d'une glande sébacée, mais en dehors de cette glande. En décrivant l'épithélioma pavimenteux de cette région, Serra dit à nouveau : « La prolifération épithéliale naît dans le

« corps muqueux de Malpighi, au fond d'un espace
« interpapillaire. En se multipliant, les éléments cellu-
« laires de la dépression interpapillaire forment un
« bourgeon à cône épithélial qui s'avance vers la pro-
« fondeur. La tumeur épithéliomateuse résulte de l'ac-
« cumulation de plusieurs cônes semblables qui s'al-
« longent, se bifurquent, se ramifient et s'enfoncent
« entre les faisceaux conjonctifs du derme sous-jacent.
« Au voisinage des bourgeons épidermiques, les folli-
« cules sébacés se montrent altérés. Ils s'allongent,
« s'élargissent, se déforment et se transforment en amas
« épithéliaux, qui ressemblent aux cônes de la néofo-
« mation interpapillaire. » On le voit, il avait été
frappé de cette dégénérescence des follicules sébacés
et de leur transformation en amas épithéliaux. Assu-
rément, il s'agissait d'un de ces épithéliomas de notre
second groupe, où l'on trouve encore des globes épider-
miques, mais où la kératinisation de ces globes ne se
produit pas et où, en tout cas, on trouve une dégénéres-
cence des éléments sébacés. Ce sont les épithéliomas
nés au voisinage d'une glande sébacée et dont l'évolu-
tion n'est pas une évolution cornée, mais une évolution
sébacée.

Il ne nous a pas été donné d'examiner histologique-
ment une tumeur de ce groupe. Nous ne saurions donc
trop insister à ce sujet; nous sommes simplement per-
suadé que bien des épithéliomas de la verge, enregis-
trés sous l'étiquette d'épithéliomas pavimenteux lobu-
lés, ressortissaient de cette catégorie. Ce qui nous le fait
surtout supposer, c'est, d'une part, l'évolution lente de
cette forme d'épithélioma et d'autre part cette sécrétion

sanieuse, fétide, d'origine sébacée. Voyons-nous des épithéliomas pavimenteux ordinaires donner une sécrétion pareille ? Nous ne le croyons pas ; en tout cas, il est certain que l'évolution d'un épithélioma pavimenteux corné n'est pas celle-là. Il y a toujours récidence ou à peu près toujours et pourtant les auteurs s'accordent pour reconnaître que les récidives sont plus rares que dans les autres régions. Dans les cas que Demarquay cite et où il avait observé une récidence, il décrivait un épithélioma à évolution nettement cornée, ayant débuté sur la peau du pénis. De plus, dans un épithélioma à évolution cornée, les ganglions se prennent très vite et si on ne les enlève pas en totalité, il y a récidence rapide. Ici, au contraire, nous trouvons que les ganglions se prennent lentement dans presque toutes les observations que nous avons lues. En tout cas, cette évolution lente du côté des ganglions ne coïncide jamais avec l'âge de la tumeur.

C'est pour ces raisons que nous croyons à ce second groupe d'épithéliomas sébacés ayant pris naissance au voisinage d'une glande et caractérisés par leur lente évolution, leur sécrétion fétide résultant des produits élaborés et aussi par la marche peu rapide de l'invasion ganglionnaire. Ainsi, nous restons fidèle à la belle théorie de la spécificité cellulaire qui reconnaît à chaque tumeur une évolution spéciale, un caractère spécial, un air de famille en d'autres termes, rapprochant toujours la tumeur de la cellule initiale qui lui a donné naissance.

Pour les épithéliomas de la verge, développés dans une glande sébacée et à évolution purement sébacée,

nous pouvons être bien plus affirmatif, puisque nous avons pu en examiner un cas typique. Macroscopiquement, à la coupe de la tumeur, on trouve une grosse couche de tissu cellulo-graisseux entourant partout les végétations en chou-fleur. La tranche de section du néoplasme donne une surface grisâtre, granuleuse avec quelques hémorragies interstitielles. On dirait un gâteau de riz ; en pressant sur la surface de section, on donne issue par expression à de petites masses blanchâtres comparables à des grains de semoule. Au centre on voit les corps caverneux et l'urèthre qui ne sont touchés que si la lésion évolue déjà depuis très longtemps.

Microscopiquement, on trouve des papilles arborescentes, très hypertrophiées, au-dessous d'une couche assez forte de tissu cellulo-adipeux. Le développement des papilles dermiques est en général énorme ; au-dessous, dans le derme, apparaissent de vastes nappes épithéliales à contours limités très complètement par du tissu conjonctif peu dense. Bard nous dit à ce sujet dans son article sur les tumeurs épithéliales : « Les
« cellules ont les caractères habituels aux cellules épi-
« dermiques, mais elles se colorent plus vivement par
« les réactifs que celles des épithéliums cornés ; elles
« sont moins nettes et les cellules centrales des bour-
« geons subissent l'évolution caractéristique, de telle
« sorte que les globes cornés des premiers sont rempla-
« cés dans les seconds par une zone centrale sébacée. »
Il ajoute que c'est là la forme habituelle mais non exclusive des épithéliomas de la verge et qu'il en a observé aussi des exemples à la lèvre et à la joue. Les plus superficielles des nappes cellulaires ont, en effet,

une constitution homogène et sont formées par un entassement de cellules analogues à celles des glandes sébacées normales; mais, à mesure que l'on regarde plus profondément, on voit qu'au centre de ces néoformations glandulaires il se produit une dégénérescence des amas épithéliaux et l'on a une cavité glandulaire avec des cellules assez nettement différenciées et au centre de la matière sébacée. En certains points le groupement des cellules a disparu et l'on ne voit que quelques éléments cellulaires, à noyaux peu nets et peu colorés, perdus dans de larges amas de sébum. Les divers lobules du néoplasme sont séparés les uns des autres par du tissu conjonctif dont les caractères varient suivant que l'on passe de l'état typique que l'on observe à la périphérie, à l'état tout à fait atypique plus au centre de la tumeur. Ce tissu conjonctif de soutien est, en effet, à plusieurs stades d'évolution. A la périphérie, tout autour des néoformations bien reconnaissables, on a un tissu conjonctif presque adulte avec des fibres larges et des éléments cellulaires fixes en assez grand nombre, ramifiés et anastomosés entre eux. A mesure qu'on descend et que l'on constate la dégénérescence de plus en plus prononcée des néoformations épithéliales, le tissu conjonctif n'apparaît plus que sous la forme de prolongements grêles qui se faufilent entre les amas dégénérés qui se touchent presque; on se trouve en présence d'éléments cellulaires plus jeunes, moins nettement différenciés. Bientôt même ils disparaissent au milieu de la substance sébacée. En aucun point de la tumeur on ne trouve de globes épidermiques ayant subi la dégénérescence cornée. La paroi des vaisseaux est

souvent réduite à un endothélium simple ; ces vaisseaux sont jeunes, à l'état embryonnaire et souvent même sont remplacés par de vastes lacunes permettant d'expliquer les hémorragies fréquentes causées par le grattage. En traitant par l'acide osmique, on ne voit pas la réaction noire habituelle de la substance sébacée mais une coloration brune moins foncée, preuve que le sébum est de type plus jeune que le sébum normal.

Les ganglions, nous l'avons vu au chapitre de la symptomatologie, se prennent lentement. Sur une coupe on retrouve l'invasion du tissu ganglionnaire par les mêmes néoformations qui subissent elles aussi la dégénérescence sébacée et d'une façon très nette.

L'hésitation ne nous est pas permise pour ranger la tumeur que nous avons observée dans le groupe des épithéliomas. Le diagnostic d'adénome n'est pas ici à discuter. Il est évident que nous avons affaire à une tumeur maligne. Tous les éléments des tissus peuvent évoluer, nous le savons, et dans le sens bénin et dans le sens malin. Si l'on a des formations typiques adultes à évolution et sécrétion normale, on a un adénome, c'est le cas de la loupe ordinaire ; si l'on a des néoformations de plus en plus atypiques avec dégénérescence et désorientation cellulaire, c'est à un épithélioma que l'on a affaire. Il en est à ce sujet des tumeurs sébacées ce qu'il en est de toutes les tumeurs ; nous n'avons pas besoin d'entrer dans des redites pour voir que la tumeur qui nous a occupé est bien un épithélioma sébacé de la verge.

Nous avons retrouvé dans cette tumeur tous les caractères macroscopiques et microscopiques précédemment

décrits à propos des dégénérescences épithéliomateuses sébacées observées dans le service de M. le professeur Poncet. Nous allons voir maintenant que son évolution rappelle celle des épithéliomas sébacés des autres régions et que de la nature de la dégénérescence de la tumeur nous pourrons tirer un pronostic relativement bénin.

CHAPITRE VI

PRONOSTIC ET TRAITEMENT

On ne saurait laisser évoluer cette affection sans essayer de lutter contre son envahissement par les nombreux procédés opératoires dont dispose le chirurgien.

Alors même que l'évolution de la tumeur serait celle d'une tumeur bénigne, ce qui n'est pas, l'odeur qu'exhale cet épithélioma est tellement nauséabonde que si ce n'est pas le malade lui-même qui réclame une intervention, c'est au moins son entourage, car il est à croire que nous n'en sommes plus au temps de Fabrice de Hilden qui, nous l'avons vu, nous raconte que le malade qu'il avait opéré, avait été délaissé pour sa puanteur par tous les siens. Son opéré avait survécu dix ans et avait succombé à une affection intercurrente.

Nous retrouvons dans bon nombre d'observations d'épithéliomas ordinaires des cas de survie aussi marqués.

Dans sa thèse, Martin écrit : « A cette région moins
« qu'à toute autre, la récidive n'est pas à craindre pour
« ce genre de tumeurs. Billroth cite des opérés qui sont
« restés pendant un, deux, cinq et sept ans sans qu'au-
« cune repullulation se soit manifestée. Pitha parle de

« deux officiers qu'il a opérés et sur lesquels aucune
« récédive n'était à signaler chez l'un neuf ans, chez
« l'autre onze ans après. »

Lisfranc dans un mémoire ayant pour titre : *Des Cancers superficiels qu'on croyait profonds*, a fait voir que chez un certain nombre de malades porteurs d'une affection carcinomateuse de la verge, il s'était contenté d'inciser à petits coups la masse dégénérée, comme s'il s'agissait d'un sac herniaire. Il arrivait ainsi sur l'enveloppe des corps caverneux; si celle-ci était saine, il disséquait avec soin les corps caverneux, dans le cas contraire, il procédait à l'amputation de la verge. Il compte plusieurs cas de succès obtenus par cette méthode.

Citons aussi les paroles de Roux, au sujet de cette même affection : « Le cancer de la verge est en général
« purement local et produit par une cause également
« locale irritant le gland d'une façon permanente. Il
« suit de là que ces cancers peuvent être opérés avec
« beaucoup plus de chances de succès et sans crainte
« de récédive, ou du moins avec des récédives beau-
« coup plus rares que dans les cancers des autres or-
« ganes de l'économie. » Il a vu bon nombre de cancers de la verge opérés avec succès et dont la guérison se maintint solide de très longues années, jusqu'à la mort amenée par une cause toute différente.

Il cite en particulier le frère de Buffon qui, opéré par lui en 1809, guérit parfaitement et mourut longtemps après d'une autre maladie.

Lebert cite également plusieurs cas de ce genre et Demarquay mentionne un cas de cancer opéré par lui, où

le sujet survécut dix ans sans récurrence et mourut d'une autre maladie.

En 1887, Horteloup rapporte à l'Académie de Médecine un fait de survie qui datait déjà de quatre ans.

Donc l'accord est fait sur ce point et la majorité des chirurgiens considère les récurrences beaucoup moins fréquentes que sur d'autres régions et nous ne saurions mieux exprimer leurs idées qu'en citant quelques lignes d'un article que Monod et Brun ont écrit dans le dictionnaire Dechambre : « Quelle que soit sa cause réelle, « cette rareté des récurrences paraît aujourd'hui très sérieusement établie et c'est là, croyons-nous, un fait qui « doit être pris en sérieuse considération, non seulement pour adoucir dans une certaine mesure la rigueur du pronostic mais aussi et surtout pour encourager le chirurgien dans l'emploi d'une thérapeutique prompte et radicale. »

La disposition des lymphatiques vient corroborer l'assertion de ces auteurs. En effet ils se jettent dans les ganglions superficiels de l'aîne et l'accessibilité de ces ganglions permet de croire qu'il est facile d'en faire l'ablation très complète, en même temps que l'on pratique l'amputation de la verge.

L'ablation de ces ganglions faite d'une façon complète est certainement une des conditions essentielles pour empêcher la récurrence et si nous écoutons Villiers dans sa thèse, les récurrences observées dans les cancers de la verge seraient dues simplement à ce que l'on aurait omis un ou plusieurs ganglions déjà pris. Nous n'allons pas jusqu'à croire une pareille assertion et sommes persuadé au contraire que l'épithélioma de la verge

récidive souvent mais alors dans ces cas il s'agit plus généralement d'épithéliomas pavimenteux ordinaires.

Quoi qu'il en soit, il est certain que la première des conditions pour éviter une récidive, aussi bien pour un épithélioma sébacé que pour un épithélioma pavimenteux, est d'enlever tous les ganglions superficiels pris, avant que la chaîne iliaque profonde soit infectée par les produits cancéreux; dans un cancer du testicule ces ganglions profonds subissent par l'intermédiaire du cordon une atteinte directe et rapide; dans l'épithélioma de la verge, l'invasion de ces ganglions se fait au contraire très lentement, et, de ces plusieurs conditions avantageuses qui se trouvent réunies : extension en surface plutôt qu'en profondeur, position superficielle des ganglions dégénérés, il est certain qu'on peut tirer un bon élément de pronostic, puisqu'on pourra espérer ici tirer du traitement chirurgical un résultat particulièrement efficace.

Néanmoins, il nous semble plus simple pour expliquer ce pronostic relativement bénin de nous en rapporter aux conclusions que nous devons tirer des données que nous fournit l'anatomie pathologique. Nous avons divisé, nous l'avons vu, les épithéliomas sébacés de la verge en deux groupes : ceux qui naissent dans une glande sébacée, et ceux qui naissent sur une papille dermique en dehors d'une glande sébacée : nous avons dit aussi, que pour les cas où les auteurs s'accordent à reconnaître un pronostic bénin aux épithéliomas qu'ils décrivent sous la rubrique d'épithéliomas pavimenteux lobulés, il s'agissait d'épithéliomas sébacés méconnus; il nous semble donc logique de dire un mot

du pronostic de l'épithélioma sébacé en général et de voir ensuite si l'on peut appliquer ce pronostic à l'épithélioma sébacé de la vergè.

Dans notre historique nous avons relaté les cas observés par M. le professeur Poncet et ses élèves. Les épithéliomas observés et diagnostiqués épithéliomas sébacés siégeaient, nous l'avons vu, sur des régions diverses : cuir chevelu, dos, nuque et fesse (cas de M. Delore, 1896). Jamais ces épithéliomas n'avaient offert de généralisation malgré leur ancienneté; l'ablation simple de la tumeur avait toujours amené une cicatrice excellente et jamais, même après dix ans, la cicatrice opératoire n'avait été le siège d'une récurrence. Pourtant le doute n'était pas possible; il s'agissait bien d'épithéliomas sébacés et les données histologiques n'avaient fait que confirmer dans ces cas les symptômes cliniques; les comptes rendus que nous avons lus dans les revues de chirurgie 1890, 1895, dans la thèse de Poret et dans le *Lyon médical* du 3 mai 1896, suffirent amplement pour s'en rendre compte. Or, jusqu'alors, on n'avait pas donné de caractères microscopiques permettant de faire cliniquement le diagnostic. Il aurait fallu, pour cela, savoir d'abord qu'il existait des épithéliomas sébacés et ensuite en observer un cas bien évident chez un malade, pour rechercher si, par certains caractères, on pourrait trouver à la tumeur une allure particulière. L'examen microscopique serait venu ensuite confirmer le diagnostic.

Les chirurgiens avaient donc besoin du concours des anatomo-pathologistes pour poser un diagnostic précoce et en principe on pourrait même dire à ce sujet qu'il est toujours nécessaire à un histologiste qui exa-

mine une tumeur, de savoir quelle a été la marche clinique de cette tumeur et quel a été son siège; muni de ces renseignements, il peut arriver à faire un pronostic excessivement précis et savoir au juste quel est le degré de malignité du néoplasme. On ne saurait toujours se baser en effet sur l'aspect microscopique d'une tumeur, pour en déduire la malignité, car deux tumeurs de malignité bien différente peuvent avoir quelquefois le même aspect; c'est ainsi par exemple, que deux tumeurs provenant, l'une d'un revêtement muqueux du type Malpighien, l'autre du revêtement cutané, peuvent avoir la même quantité de produits kératinisés et pourtant la malignité n'est pas la même, puisqu'à l'état normal il y beaucoup moins de kératinisation dans une muqueuse que dans la peau; c'est donc que le stade d'évolution cornée est beaucoup plus adulte dans le revêtement cutané que dans le revêtement muqueux et par suite, l'allure de la tumeur de la peau, pourtant du même aspect que l'autre, est beaucoup plus bénigne. Avant d'étudier les tumeurs d'une région, il faudra donc connaître l'évolution normale des cellules de cette région et l'on pourra voir ensuite comment cette évolution est troublée, comment, en d'autres termes, la cellule, d'adulte qu'elle est, repasse à l'état de cellule embryonnaire. C'est cette cellule adulte qu'il faudra toujours chercher dans une tumeur puisque c'est elle qui est le point de départ; plus ces cellules adultes seront nombreuses, plus la tumeur sera bénigne; plus ces cellules auront le type embryonnaire, plus la tumeur sera maligne.

Il sera donc toujours possible de dresser une échelle

de malignité pour les tumeurs d'un même genre. Pour les tumeurs sébacées la règle sera la même et, en allant du type le plus bénin au type le plus malin, nous aurons : la loupe puis le polyadénome sébacé, dont l'observation du malade aux tumeurs multiples du cuir chevelu publiée par M. le professeur Poncet dans la *Revue de Chirurgie* de 1890, est un bel exemple et enfin l'épithélioma sébacé.

Nous voici maintenant plus à même de comprendre le pronostic de l'épithélioma sébacé de la verge. Pourquoi sera-t-il plus bénin que l'épithélioma pavimenteux malpighien ordinaire ? Tout simplement parce que son évolution est plus lente, sa désorientation cellulaire moins forte et surtout, parce que ses produits élaborés seront bien moins toxiques pour l'organisme que ceux élaborés par l'épithélioma malpighien. Il est évident que l'organisme lutte beaucoup plus aisément contre une dégénérescence sébacée que contre une dégénérescence cornée et nous sommes persuadé que, si l'on injectait une solution de sébum à un animal, il s'en trouverait bien moins incommodé que si on lui injectait une solution de corne. C'est pour cela que les ganglions, réagissant mieux contre l'invasion du virus cancéreux, résisteront beaucoup plus longtemps et ne seront pris que très tardivement ; par suite, si l'on enlève la tumeur avec les ganglions, on n'aura que rarement des récidives puisque l'organisme a lutté avec succès et qu'il ne s'est pas imprégné profondément de cette toxine spéciale qui fait si vite de la cachexie cancéreuse et qui, en tous cas, est si favorable pour l'éclosion d'une nouvelle tumeur sur la cicatrice d'une première tumeur analogue.

On comprend bien désormais pourquoi les épithéliomas sébacés observés par M. le professeur Poncet étaient relativement bénins et pourquoi il n'y avait pas de récurrence ; la dégénérescence sébacée étant plus bénigne que toute autre dégénérescence, un épithélioma sébacé sera forcément plus bénin. Et il en est de l'épithélioma de la verge comme de tous les épithéliomas. Nous retrouvons cette dégénérescence sébacée reconnaissable à cette puanteur caractéristique, relatée dans bon nombre d'observations ; nous y retrouvons l'allure clinique et l'évolution des autres épithéliomas sébacés et c'est là, d'après nous, le meilleur argument pour expliquer ce fait de non récurrence fréquente dans cette région ; en tous cas, pour notre tumeur, nous pouvons être bien affirmatifs puisque le doute sur la nature de la tumeur n'était pas possible. Or, nous retrouvons bien cette lenteur d'évolution, ce peu d'envahissement des parties profondes et des ganglions et surtout cette suppuration sébacée fétide due à la dégénérescence des éléments épithéliaux à évolution sébacée normale.

Nous sommes donc bien en droit de dire que l'épithélioma qui nous occupe se comportera comme tous les épithéliomas sébacés observés dans d'autres régions et que l'on doit porter sur lui un pronostic plutôt favorable ; nous pouvons même préciser davantage et dire que cette tumeur, abandonnée à elle-même, n'aurait amené que très lentement la cachexie cancéreuse. La lésion avait débuté depuis dix-huit mois et l'état général du malade était absolument sain ; or, la raison de cette lente évolution est bien simple à trouver : c'est que les cellules sébacées étaient en très grand nombre à l'état

adulte ; elles se groupaient, en effet, en néoformations glandulaires qui donnaient, nous l'avons vu, l'aspect de véritables loupes juxtaposées ; au centre, la dégénérescence était avancée, mais c'était un sébum presque adulte, fortement teinté par l'acide osmique. Il n'y avait pas, en d'autres termes, une désorientation cellulaire complète et l'on ne retrouvait pas cet aspect atypique qui rend quelquefois si difficile, pour ne pas dire impossible, le diagnostic de l'organe primitif.

Le pronostic de l'épithélioma sébacé de la verge devra donc se tirer d'abord de la durée de l'évolution et de l'allure clinique de la tumeur, puis, du degré de désorientation cellulaire de cette tumeur et l'on arrivera alors à cette conception ferme que, d'une façon générale, l'allure sera toujours plus bénigne que pour un autre épithélioma, de par la nature de la dégénérescence, mais aussi que tel ou tel épithélioma sébacé évoluera plus vite, suivant que les éléments typiques constituants auront le caractère adulte ou au contraire le caractère embryonnaire.

Reste la question du traitement. Nous ne saurions entrer dans de longs détails à ce sujet. Il est évident que le seul traitement qui s'impose est l'ablation de la tumeur. Nous n'avons pas à décrire les nombreux procédés opératoires que l'on a proposés dans ce but. Cette question est exposée tout au long dans la thèse de Serra et il est certain que tous les procédés opératoires qu'il décrit sont tous applicables, suivant le degré d'extension de la tumeur. Néanmoins, il nous semble bon de faire une réflexion à ce sujet. Nous savons que généralement on n'a pas de récidives si l'on enlève bien tous les gan-

glions; nous savons aussi que la tumeur se limite bien et que les parties qui lui sont contiguës sont saines à très peu de distance. Il ne sera donc pas nécessaire d'amputer l'organe trop loin et il n'est pas besoin ici de suivre la méthode de l'ablation large de la thérapeutique cancéreuse ordinaire. C'est sur les limites même de la tumeur qu'il faudra sectionner le pénis; on pratiquera d'abord l'ablation des ganglions envahis dans les aines, puis, plaçant une sonde de Nélaton à la racine de l'organe pour en faire l'hémostase, on le sectionnera sur les confins de la tumeur et l'on terminera l'opération en liant les artères qui saignent, en faisant une suture hémostatique des corps caverneux et en suturant l'urèthre à la peau après en avoir agrandi l'orifice. Les suites opératoires seront en général satisfaisantes si l'opération a été complète et l'on sera en droit d'attendre une guérison si le pronostic porté de par l'évolution clinique et l'examen histologique est favorable.

CONCLUSIONS

- I. L'épithélioma sébacé de la verge est une affection qui n'avait pas été décrite et qui se comporte comme tous les épithéliomas sébacés des autres régions.
- II. Il débute dans le sillon balano-préputial soit dans une glande sébacée, soit en dehors d'une glande sur une papille dermique ; dans le premier cas, la dégénérescence épithéliomateuse sera exclusivement sébacée aussi bien dans la tumeur que dans les ganglions inguinaux envahis ; dans le second cas, la kératinisation, quand elle se produira, évoluera mal et l'on retrouvera encore dans les ganglions une dégénérescence sébacée.
- III. L'évolution lente de l'épithélioma sébacé et son allure clinique permettront de le différencier de l'épithélioma pavimenteux malphigien dont l'évolution est plus rapide et plus envahissante. L'épithélioma sébacé envahit peu les ganglions et ne se généralise pas.

- IV. L'examen histologique montre que le point de départ de la tumeur est la cellule sébacée et que c'est sur le degré de désorientation cellulaire et aussi sur la nature adulte ou embryonnaire de la cellule et du sébum qu'elle sécrète, qu'il faut baser le pronostic, en général assez bénin.
- V. Le traitement consistera dans l'ablation des ganglions envahis et dans la section du pénis sur les limites mêmes de la tumeur.

VU :

Le Président de la Thèse :

POXCET.

VU :

Le Doyen,

LORTET.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Lyon, le 18 novembre 1904.

Le Recteur, Président du Conseil de l'Université,

G. COMPAYRÉ.

BIBLIOGRAPHIE

- BARD. — Des tumeurs du type épithélial. *Archives de physiol.*, t. II, p. 498.
- BÉRARD. — Note sur deux cas d'épithélioma sébacé primitif. *Revue de chirurgie*, août 1895.
- BLAYAC (P.-E.). — Essai sur une espèce d'épithélioma glandulaire, cancroïde développé aux dépens des glandes sébacées. Thèse Montpellier, 1876.
- DELORE. — Epithélioma sébacé primitif de la fesse. *Lyon médical*, 3 mai 1896.
- DEMARQUAY. — Maladies chirurgicales du pénis. Paris, 1877.
- FOURNIER et DARIER. — Epithélioma bénin syphiloïde du pénis. Société de dermat. et de syphil., 18 mai 1893.
- LAGOUTTE. — Tumeur épithéliale du type sébacé. *Lyon médical*, 22 janvier 1893.
- LISFRANC. — Cliniques chirurgicales de la Pitié. Paris, 1844.
- MALHERBE et CHENANTAIS. — Note sur l'épithéliome calcifié des glandes sébacées. *Bullet. Société anatom.*, mars 1880.
- MARTIN. — Thèse de Paris, 1887.
- MÉTREAU. — Du pronostic du cancer de la verge. Thèse Bordeaux, 1899-1900.
- MONOD et BRUN. — Dictionnaire Dechambre.
- MOREAU. — Des transformations épithéliales physiologiques et pathologiques. Thèse de Paris, 1888-1889.

PONCET (A.). — Note sur une variété de tumeurs confluentes du cuir chevelu siégeant également sur d'autres régions. *Revue de chirurgie*, 1890, page 245.

PORET. — Dégénérescence épithéliomateuse du cuir chevelu. Thèse Lyon, 1893-1894.

SERRA. — Epithélioma de la verge. Thèse Nancy, 1902-1903.

VILLIÈS (G.). — Essai sur le cancroïde de la verge. Thèse Paris, 1873.

VIRELY. — Du cancer de la verge. Thèse Paris, 1896.

